

Le lettere sono sempre gradite, e vengono sempre pubblicate. Si prega solo una ragionevole concisione, cercando di non superare le 3000 battute. Qualche taglio editoriale e qualche intervento di editing che non alteri il senso della lettera saranno, a volte, inevitabili.

Opzioni terapeutiche nella gestione delle polmoniti di comunità

Un recente lavoro pubblicato su *Pediatrics* sulla terapia antibiotica delle polmoniti acquisite in comunità (CAP)¹ ci ha fornito lo spunto per alcune considerazioni.

1. Sebbene le linee guida internazionali raccomandino l'amoxicillina per via orale (80-100 mg/kg) come prima scelta nella terapia empirica delle CAP^{2,3}, sempre più spesso assistiamo a un uso improprio ed eccessivo di cefalosporine e macrolidi. Ciò, in parte, potrebbe essere giustificato dalla miglior pubblicizzazione di tali antibiotici, tuttavia è necessario ricordare che, nonostante l'industria farmaceutica ne promuova l'uso sulla base della loro buona efficacia e dell'aumento della compliance per il minor numero di somministrazioni giornaliere, la palatabilità della claritromicina è peggiore di quella dell'amoxicillina e ciò può ridurre, in egual misura, la compliance terapeutica. D'altro canto, la resistenza dello pneumococco verso i macrolidi in Europa è elevata, mentre le cefalosporine non hanno dimostrato di essere più efficaci dell'amoxicillina nel trattamento delle infezioni da pneumococco. Inoltre, terapie antibiotiche inappropriate che precedano il corretto approccio alle CAP costituiscono un fattore di rischio significativo per lo sviluppo di complicanze suppurative attraverso la selezione di ceppi resistenti⁴. In quest'ottica, i macrolidi dovrebbero essere riservati in seconda battuta al trattamento di quei bambini con allergia ai beta-lattamici o come prima scelta quando vi è un elevato sospetto di infezione da *Mycoplasma* o *Chlamydia*. Le cefalosporine orali, invece, potrebbero costituire una buona alternativa nei bambini più grandi, che dovrebbero assumere quantità molto elevate di amoxicillina tre volte al giorno per garantire un dosaggio adeguato.

2. Benché la diagnosi differenziale fra polmoniti virali, da pneumococco o da germi atipici, possa essere difficile, i dati epidemiologici mostrano che solo l'1-14% delle CAP ha una doppia eziologia batterica⁵, pertanto il ricorso routinario a terapie d'associazione non appare giustificato. L'aggiunta di un secondo farmaco dovrebbe essere considerata in caso di mancata risposta clinica entro 24-48 ore². In quest'ottica, ricerche aggiornate sull'eziologia delle CAP nelle varie fasce d'età sono fortemente necessarie.

3. Le evidenze disponibili mostrano che non vi è alcun beneficio supplementare derivato dalla somministrazione parenterale rispetto alla via orale in termini di efficacia e sicurezza⁶, tuttavia molti pediatri ritengono ingiustificatamente che gli antibiotici parenterali ad ampio spettro siano più sicuri e garantiscano una risposta clinica più rapida. La via endovenosa dovrebbe essere riservata a quei casi in cui la somministrazione orale sia estremamente difficoltosa o le condizioni generali siano compromesse. Riteniamo che questo sia un punto importante non solo per evitare terapie inutili e i relativi costi, ma soprattutto per prevenire il ricorso a procedure dolorose non necessarie per il bambino.

Con tali premesse, è nostra convinzione che il miglior approccio al bambino con CAP sia la monoterapia guidata dal quadro clinico e dai dati epidemiologici disponibili, utilizzando in prima battuta l'amoxicillina/ amoxi-clavulanato o i macrolidi per via orale invece di farmaci a più ampio spettro. La rivalutazione clinica entro 48 ore dovrebbe costituire l'occasione per confermare la terapia intrapresa o per considerare l'aggiunta di un secondo farmaco.

In attesa di dati epidemiologici aggiornati che guidino la pratica clinica, suddivisi per fasce d'età e per diverse realtà geografiche - quelli attuali non sono recenti e provengono prevalentemente da realtà diverse dalla nostra⁵ - è auspicabile una maggior aderenza alle linee guida internazionali.

Bibliografia

1. Kronman MP, Hersh AL, Feng R, Huang YS, Lee GE, Shah SS. Ambulatory visit rates and antibiotics prescribing for children with pneumonia, 1994-2007. *Pediatrics* 2011;127:411-8.
2. Community Acquired Pneumonia Guideline Team. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Evidence-based care guideline for medical management of Community Acquired Pneumonia in children 60 days to 17 years of age. Guideline 14, 2005, December 22, pagg 1-16 <http://www.cincinnatichildrens.org/svc/alpha/h/health-policy/pneumonia.htm>.
3. British Thoracic Society Standards of Care Committee. BTS Guidelines for the Management of Community Acquired Pneumonia in Childhood. *Thorax* 2002;57(Suppl.1):1-23.
4. Niemi E, Korppi M. Parapneumonic empyema in children before the era of pneumococcal vaccination. *Acta Paediatr* 2011;100:1230-3.
5. Don M, Canciani M, Korppi M. Community-acquired pneumonia in children: what's old? What's new? *Acta Paediatr* 2010;99:1602-8.
6. Atkinson M, Lakhnani M, Smyth A, et al. Comparison of oral amoxicillin and intravenous

benzyl penicillin for community acquired pneumonia in children (PIVOT trial): a multicentre pragmatic randomised controlled equivalence trial. *Thorax* 2007;62:1102-6.

**Emanuele Castagno, Claudia Bondone, Antonia Versace, Margherita Conrieri, Manuela Bianciotto, Francesca Maria Bosetti, Antonio Francesco Urbino
SC Pediatria d'Urgenza, Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino**

Non si può essere che d'accordo. Diciamo che questa Rivista è su questa posizione da quando è nata. Appena appena discutibile potrebbe essere l'associazione col clavulanato; forse si può dire soltanto che "non sembra poter essere di nocumento".

M&B

La ricerca pubblica deve essere utile alla società, non al grande business

Una lettera aperta al Presidente della Commissione Europea e ai membri del Parlamento Europeo sulle strategie per la gestione dei fondi comunitari per la ricerca e l'innovazione.

La lettera, scritta su iniziativa della *Fondation Sciences Citoyennes* (<http://sciencescitoyennes.org>) e firmata da più di 100 organizzazioni di ricercatori e della società civile tra cui l'Associazione Culturale Pediatri, è un forte richiamo alle autorità politiche che decideranno i finanziamenti pubblici europei alla ricerca dei prossimi anni. A breve infatti inizieranno in ambito europeo le attività per giungere alla definizione del programma di finanziamento della UE per la ricerca e l'innovazione per gli anni 2014-2020 ("*Horizon 2020*"; http://ec.europa.eu/environment/enlarg/med/horizon_2020_en.htm). La ricerca che verrà riconosciuta come prioritaria e dunque finanziata avrà un impatto decisivo sul futuro della nostra società e del nostro pianeta, ed è quindi necessario che sia orientata sui bisogni della società e dell'ambiente e non su quelli del grande business.

Le sfide sociali ed economiche che l'Europa e il mondo intero stanno affrontando richiedono, infatti, modelli di sviluppo economico alternativi a quelli di massima crescita e massimo profitto che hanno dominato negli ultimi decenni, e che hanno contribuito a incrementare le iniquità sociali tra gli stati e tra le varie fasce della popolazione mondiale.

Cos'è la "Fondation Sciences Citoyennes"

La *Fondation Sciences Citoyennes* è una associazione francese fondata nel 2002 per una democratizzazione della scienza e della tecnologia, che si propone di mettere in contatto scienziati e "profani" impegnati in campo sociale, medico, ambientale, campi nei quali spesso esistono dei contrasti con la scienza ufficiale e dominante. La tecnoscienza è oggi un potere formidabile, le cui redini non possono essere lasciate, affermano gli aderenti a questo movimento, solo alla volontà di sapere, al desiderio di potenza e di profitto, ma, per essere di reale beneficio a tutta la popolazione mondiale, devono essere riprese in mano dai cittadini mediante una vera democraticizzazione. Negli ultimi anni l'aumento delle situazioni critiche (Chernobyl, Fukushima, amianto, sangue contaminato, mucca pazza, OGM...) hanno fatto comprendere la necessità di considerare altri interessi e altri rischi oltre a quelli codificati dagli attuali attori tecnico-scientifici. Ciò ha determinato una ridiscussione dell'esperienza e della scienza, una ripresa della mobilitazione sociale e numerose iniziative di "profani" nei campi della ricerca, delle competenze e della vigilanza, provocando di conseguenza una certa apertura nella scienza e nelle sue istituzioni. Favorire e rinforzare gli attuali movimenti che vanno in questa direzione è proprio il fine primario di questa associazione che, a tal fine, si propone di:

- favorire l'aumento delle capacità di ricerca e di competenze della società civile, delle forze associative, dei consumatori e dei cittadini;
- stimolare la libertà di parola e di dibattito nel mondo scientifico, e lo sviluppo di discussioni pubbliche e di forum sulle questioni a forte valenza tecnico-scientifica;
- promuovere l'elaborazione democratica delle scelte scientifiche e tecniche.

Tutto questo per ottenere delle decisioni più rispondenti ai bisogni sociali ed ecologici crescenti e negati dagli orientamenti scientifici dominanti, sia di natura statale che dell'industria privata.

Giacomo Toffol

Pediatra di famiglia, Gruppo "Pediatri per un Mondo Possibile" (PUMP) dell'ACP Asolo (Treviso)

Questo, se lo si prende sul serio, come si dovrebbe (ma come forse sarà difficile, perché i principi si lasciano affermare, tanto poi nessuno ci bada), è un manifesto rivoluzionario. La vocina di Medico e Bambino si metterà volentieri a disposizione e servizio. È esattamente la sua etica.

M&B

Sindrome del vomito ciclico

Gentile prof. Panizon, ho letto con interesse il *Digest* sulla sindrome del vomito ciclico (CVS) sul numero di maggio (*Medico e Bambino* 2011;30:323-4) e vorrei fare alcune considerazioni. Partirei dal suo commento: "È possibile che la CVS, pur nella sua stereotipia, abbia più di una causa".

Fra le cause vorrei sottolinearne una: l'aspetto fenotipico del paziente, con particolare riguardo alla conformazione della bocca e dell'occlusione dentaria.

A mio parere, pur avendo la CVS una configurazione nosologica ben strutturata in dottrina, come in altri quadri clinici peraltro un po' oscuri (emicrania, dolore addominale ricorrente, torcicollo cronico) esiste un *continuum* caratterizzato da un gradiente di gravità, che dal lato lieve costituisce un quadro banale (tutti possiamo avere occasionalmente mal di testa, mal di pancia o vomitare), e da quello intenso configura una patologia anche grave, come appunto il vomito ciclico (VC): il confine oltre il quale si fa diagnosi di CVS e al di qua del quale è un'altra cosa, è puramente convenzionale.

Per vomitare volontariamente si stimola il retrobocca con un dito, ma anche con la lingua si può ottenere involontariamente lo stesso effetto, o meglio, una tendenza a vomitare spesso, complici altre concause, emozionali (l'ansia!), alimentari, automobile, barca. La posizione sfavorevole della lingua si coniuga quasi sempre con una postura mandibolare sfavorevole, con schemi deglutitori atipici e con respirazione orale. Quest'ultima porta il bambino a raffreddarsi spesso e, quindi, a deglutire molto muco e a mangiare respirando con la bocca, ingerendo così molta aria, fatto che può contribuire a favorire il vomito.

La malposizione della lingua favorisce anche il russare notturno e l'insorgenza di episodi di apnea. Quando l'apnea si verifica, si esaspera il gradiente pressorio negativo tra le vie aeree, l'esofago e l'atmosfera, con l'effetto di "succhiare" il contenuto gastrico, potendosi così determinare episodi di reflusso gastroesofageo, che con il vomito ha forse, a mio parere, qualche affinità.

Se da un lato bisogna distinguere fra CVS e bambino che vomita spesso, dall'altro potrebbe darsi che anche il VC sia "una variante della norma, e non una condizione tutto o niente", e che sia quindi la massima espressione clinica del gradiente di gravità del problema vomito: in fondo non si è trovata una eziopatogenesi certa che giustifichi una nosologia a sé, giacché quelle ipotizzate non riguardano tutti i pazienti con VC e vengono peraltro spesso riscontrate anche in pazienti che non presentano il VC.

C'è poi da considerare il rapporto della CVS con l'emicrania e l'ansia. "Né emicrania né ansia hanno una patogenesi unica", Lei dice: non escluderei il ruolo che su entrambe può avere la bocca.

Al di là della riscontrata associazione fra VC e crisi di cefalea, un concetto alquanto sfumato come quello di equivalente emicranico viene convenzionalmente ascritto a una malattia criptogenetica (emicrania): nel complesso di certezze scientifiche ce ne sono poche. Non so quanta certezza ci sia talvolta sulla stessa diagnosi di emicrania o di altra cefalea primaria: nella mia esperienza, l'ipotesi che un bambino con malocclusione (epidemiologia 80%) e mal di testa possa avere nella sua bocca una possibile causa della sua cefalea (questa possibile patogenesi viene collocata al punto 11 della Classificazione internazionale delle cefalee, IHC, molto in là) viene posta raramente dallo specialista cefalalgologo, e non ho mai avuto la soddisfazione di sapere come viene posta la diagnosi differenziale fra emicrania (primaria) e cefalea secondaria punto 11 dell'IHC: forse, ed è ovviamente la mia opinione, le cefalee primarie sono sovrastimate e la cefalea punto 11 sottostimata.

Inoltre la familiarità riscontrata sia nell'emicrania che nella CVS, che giustificherebbe il collegamento fra le due patologie, potrebbe essere riferita non direttamente alle patologie stesse, ma costituire un "riverbero" indiretto della struttura cranio-mandibolare e occlusale che accomuna spesso i componenti di una famiglia, e che di due patologie distinte potrebbe essere una importante comune componente patogenetica, caratterizzata da ovvi aspetti strutturali e fisionomici familiari di cui la bocca è elemento determinante.

Infine, se nella CVS (come anche nell'emicrania, almeno in quella vera) una terapia causale non è proponibile in quanto la causa è sconosciuta, la terapia dovrà necessariamente rivolgersi a rimuovere le possibili componenti che favoriscono lo stimolo al vomito e l'insorgenza delle crisi di cefalea ("emicraniche"?), aiutando il paziente a superare l'impatto clinico con il suo problema di fondo. Di qui la mia ipotesi, suffragata da soddisfazioni cliniche che, trattando opportunamente la bocca, come l'emicrania, anche la CVS possa trovare giovamento. Se poi non di diagnosi di certezza si trattasse ma, come spesso succede, di casi border, si potrebbe comunque dire che anche in un caso che non rispondesse ai requisiti stretti per la diagnosi di emicrania o CVS, sempre di disturbi per il bambino si tratterebbe, e sempre gradita ne sarebbe la soluzione.

Edoardo Bernkopf
Odontoiatra, Vicenza

No, non credo. Non credo non vuol dire che ho ragione, ma non credo. L'emicrania (come l'epilessia), e come l'emicrania anche il vomito ciclico, non sono qualcosa di sfumato, non sono "qualche mal di testa", oppure "qualche vomito", ma sono un tutto-o-niente.

Certo, l'emicrania (come l'epilessia) ha dei trigger: lo stress, il digiuno, un sonno insoddisfatto, un cibo; ma questo "grilletto" non sembra, da troppi indizi, avere a che fare con l'orofaringe, o l'esofago, o lo stomaco. Questa, almeno, sembra (a me) essere la visione d'insieme che deriva da quello che si sa (poco, dice Lei, e in parte ha ragione), dalla coerenza che tiene unito quel poco all'osservazione clinica, epidemiologica, genetica.

Grazie, comunque, del Suo contributo di pensiero e di esperienza; che può valere, io credo, piuttosto per la cefalea non spiegata, o per la cefalea tensiva, che non per l'emicrania e meno che meno per il vomito ciclico. Resta la Sua conclusione finale, basata sulla Sua esperienza: se qualcosa, in qualche modo, è servito, lo si capisce o non lo si capisce, bene comunque per il paziente.

Con stima

Franco Panizon

Prodotti inutili

In questi giorni, come sempre al rientro dalle ferie, "rimetto a posto" l'ambulatorio. E tra queste attività c'è, a dire la verità periodica, la verifica dell'armadietto con i campioni dei farmaci che i vari informatori mi hanno lasciato. E così mi ri-accorgo di megascatoles con mezzo flacone di sciroppo o una compressa, cose, queste, che andranno ad aumentare il carico di rifiuti riversati nell'ambiente. Ma la cosa tragica è vedere cos'ho dentro l'armadietto: 15 diversi tipi di fermenti lattici, prebiotici, probiotici, "post-biotici". E poi fiale per non far ammalare, per fare ammalare poco, per "tirare su" chi mangia poco, chi è stato ammalato e merita un aiutino. E ancora cremine per il culetto rosso, semiroso, normale. Insomma un armadietto di prodotti inutili. Almeno una volta mi lasciavano confezioni di antibiotici, o creme cortisoniche, o prodotti per l'asma che dispensavo o donavo a volontari per i luoghi del mondo cui potevano far comodo. Per fortuna resisto alla tentazione di prescrivere questa moltitudine di "inutili prodotti", ma mi chiedo: è solo questo che la ricerca riesce oggi a produrre? o questo tipo di ricerca (se tale si può chiamare) costa poco e rende tanto? o forse è questo che il

mercato chiede? E poi perché non c'è, o poco fa, un'Authority che controlli i messaggi promozionali-scientifici così illusori e a volte proprio truffaldini?

Nino Baio
Pediatra di famiglia, Dolo (Venezia)

Tutto giusto, tutto condivisibile, come si fa a non essere d'accordo? Meno una cosa: che il medico (il medico! quello che ha studiato per sei anni, e poi altri cinque di specialità, e poi ha raccolto tanti bollini all'anno di Educazione Medica Continua, e poi si è fatto "le ossa sul campo") abbia bisogno di un'Authority per capire cosa è vero, cosa è possibile e cos'è truffaldino. Se ne ha proprio bisogno, che non faccia il medico, se no, comunque, è uno strumento truffaldino lui stesso.

Altra cosa, io penso, è la pubblicità fatta ai medici; e altra cosa è la pubblicità fatta giorno per giorno, ora per ora, canale per canale, evidentemente e chiaramente ingannevole: "Cuorebello mi ha fatto calare il colesterolo del 14!!!!". Ma qui un'Authority costerebbe troppo al Sistema.

Franco Panizon